Rok XXXII. Kraków, 2. Września 1893. Nr. 35.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał
Dr. M. Cercha,
I-szy asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

Francuzi idąc za zdaniem Charpentiera, który w barwach różowych odmalował cięcie łonowe, wszyscy bez wyjątku oddają pochwały tej operacyi.

W pracach niemieckich i rosyjskich operatorów już widać pewien zwrot, już widać w nich pewne sztuczne zastrzeżenia, które tę dobrą mają stronę, że w krytyczny i przedmiotowy sposób, jak przez sito przepuszczają to, co zdrowe i racyonalne a odrzucają, co nie może ostać się wobec krytyki. Jakie są ich poglądy, to najlepszą miarą będą własne ich słowa przytoczone w odnoszących się do tego artykułach; naturalnie wspomnę tylko o ważniejszych i tak:

Leopold [1]): Cięcie łonowe powinno w przypadkach, gdzie po kleszczach i obrocie nie możemy spodziewać się skutku pomyślnego, wyrugować wymóżdżenie na płodzie żywym i cięcie cesarskie dla wskazania względnego. Z dwóch przypadków, które ogłasza, nabrał tego przekonania, że cięcie cesarskie robić należy tylko wtedy, gdy najkrótszy wymiar jest mniejszy niż 6 cm a płód jest donoszony.

Operacya zdaniem Leopolda jest bardzo łatwa; po przecięciu rozchodzą się kości aż na 7 cm. a płód z największą łatwością urodzić można kleszczami. (W drugim przypadku wymiar prosty wchodu wynosił $6^3/_4$ cm. a obwód czaszki płodu $35^1/_4$ cm.).

Jeżeli według obliczeń Baudelocqua i Girauda przyjmiemy, że po rozejściu się kości na 7 cm. wymiar prosty powiększy się o 1 i 12 cm., to jeszcze trudno pojąć, jak główka, której wymiar poprzeczny wynosił $8^1/_4$ i $9^3/_4$, tak łatwo przeszła przez przewód kostny, którego wymiar prosty wchodu wynosił pierwotnie 6·75.

Nie należy też według Leopolda przecinać więzadła łukowego, ba, nawet całego spojenia: wystarczy, jak mówi, tyle drzwi uchylić, ile potrzeba. Ależ nawet przez niezupełnie otwarte podwoje można się dostać na zewnątrz, tylko pytanie, co się stanie w takim razie z drzwiami lub z tym, co się za nie siłą dostał?

Z pracy Müllerheima [1]), asystenta kliniki prof. Freunda w Sztrasburgu, przytoczyć wypada co następuje: Autor wspomina, że mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymali operatorowie włoscy w ostatnich 25 latach, operacya nie zyskała sobie aż do ostatnich czasów prawa obywatelstwa a to dlatego, że literatura lat poprzednich potępiła ten zabieg zupełnie, ponieważ następstwa takie, jak zropienie stawu, utrudnienie chodu, przetoki moczowe były prawie nieuniknione; autor widzi w tem błąd raczej operatora i brak postępowania czystego, niż błąd samej operacyi. Powiada on, że ruchomość w spojeniu łonowem i spojeniach krzyżowo-biodrowych podczas ciąży i porodu jest taka, że i przecięcie spojenia szkody przynieść nie może; nie mogę pojąć, jak może być wszystko jedno, czy ja drut elastyczny naciągnę, lub też czy go w jednem miejscu przetnę?

Wprawdzie przyznaje, że przy znacznem rozstąpieniu się spojenia mogą pęknąć stawy krzyżowo-biodrowe, ale też powinniśmy się starać, aby nie przekroczyć granicy elastyczności więzów krzyżowo-biodrowych; a czy mamy pod tym względem jakieś *criterium?* Nie. Autor także go nie podaje. Mówi dalej, że przed operacyą należy zbadać dokładnie ruchomość spojenia łonowego i spojeń krzyżowo-biodrowych i tak ocenić, czy można wykonać cięcie łonowe, czy nie. W jaki to sposób robią w klinice prof. Freunda,

[1]) Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 586—587.

[1]) Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 588—597.

lub jak to autor ocenia, to czytający ma sobie w duszy dośpiewać.

Autor mówi dalej, że ten zabieg można jeszcze wykonać bezpiecznie i z wynikiem pomyślnym w tym czasie, gdy już cięcie cesarskie daje wyniki złe t. j., po odpływie wód, gdy szyja macicy zbyt wyciągnięta a nawet, gdy mamy już objawy zakażenia. Zgadzamy się z nim co do dwóch pierwszych punktów, ale zastrzegamy co do ostatniego, bo cięcie łonowe robimy przecież w tym celu, aby płód ocalić a jakie on ma warunki, gdy już jest zakażenie, to dobrze my wiemy; autor zaś nic o tem nie wspomina. A już wcale nie można się z autorem zgodzić na to, że operacya jest tak łatwą, że nie wymaga wyćwiczonej asysty. Nie możemy pojąć, jak bez ostatniej wyglądać będą spojenia krzyżowo-biodrowe i z jakim spokojem będzie autor operował, gdy rodzącą usypiać będzie położna, rodzina lub służba?

Velits[1]) z Preszburga, w artykule swoim podziela zdanie Leopolda i Müllerheima, ba nawet chętnie widziałby operacyę oddaną w ręce lekarzy praktykujących; uprzedził więc pod tym względem prof. Zweifla z Lipska, który na zjeździe ostatnim ginekologów niemieckich w Wrocławiu wypowiedział to samo zdanie, lecz znalazł też wielu takich, co nietylko przeciw temu wystąpili (prof. Chrobak), ale nawet wogóle o cięciu łonowem nie tak korzystny sąd wydali; tak to bywa z każdą nowością; dziś już, gdy zebrano większą liczbę przypadków, zaczyna powstawać pewien odczyn, zapał słabnie a i świetna statystyka Spinellego straciła na wartości, gdy się dowiadujemy, że śmiertelność matek wynosi powyżej 10%.

A teraz co mówi o cięciu łonowem prof. Zweifel[2]) przy sposobności przedstawienia chorej w Tow. położn.-ginekol. w Lipsku 17. października 1892 r. Matka w trzy tygodnie po operacyi była zupełnie zdrowa, dziecię zaś umarło dnia czwartego z powodu zapalenia płuc. Najlepiej jest przecinać całe spojenie i więzadło łukowe a nie iść za radą Leopolda, bo inaczej wydobycie płodu jest trudne a krwotok z przerwanych żył bardzo znaczny powstrzymać należy najlepiej przez okłucie. Jeżeli pociągania kleszczami są silne, to spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. Zakładanie podczas operacyi na miednicę pasa elastycznego, jak radzi Freund, Müllerheim, uważa Zweifel za niepraktyczne; lepiej, jeżeli asystenci uciskają na okolicę krętarzy. Opanowanie krwotoku może sprawiać wielkie trudności.

Najważniejsze z całej pracy Zweifla są wnioski, jakie wysnuwa z wyniku jednego przypadku a które przecież nie idą tak daleko, jak to prof. Zweifel uczynił na ostatnim zjeździe we Wrocławiu, polecając operacyę lekarzom w praktyce prywatnej; powiedziałbym nawet, że w pierwszej tej pracy prof. Zweifel zastrzega się, że z jednego przypadku trudno wydawać sąd o zabiegu, jakkolwiek i tam już wspomina, że przebieg operacyi i wynik zrobił na nim niezwykle pomyślne wrażenie, że przeszedł jego oczekiwanie. Prawdziwą niespodzianką było dla niego to, że już po 19 dniach spojenie się zrosło a kobieta chodziła bardzo dobrze, że podczas operacyi spojenie rozeszło się tak znacznie a że spojenia krzyżowo-biodrowe nie były zupełnie zagrożone, rzecz, o której dawniej powątpiewano a którą nawet anatomowie liczyli do niemożliwości. Jednak zaraz później mówi, że, jeżeli odstęp wynosi $6^1/_2$ cm., to wtedy już spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. To też operatorowie, którzy cięcie łonowe wykonywać będą w zwężeniach trzeciego stopnia, muszą myśleć o pęknięciu spojenia krzyżowo-biodrowego; pęknięcia takie zdarzyć się mogą a czy one lepiej przebiegać będą wobec postępowania przeciwgnilnego, powiedzieć się nie da. W każdym razie chore takie skazane będą na długie cierpienia; w daleko więc gorszem znajdą się położeniu, niż po cięciu cesarskiem. Ta ostatnia okoliczność, t. j. pęknięcie spojenia krzyżowo-biodrowego, musi stanowić dla cięcia łonowego zaporę na drodze do zyskania sobie obywatelstwa, chyba, że wskażemy granicę, poza którą niebezpieczeństwo dla spojenia krzyżowo-biodrowego jest nieuniknione a tej granicy nie przekroczymy.

W przypadku Krassowskiego[1]) nauczyć się możemy, że mimo wszelkiej ostrożności po przecięciu spojenia, gdy płód silnie kleszczami pociągamy, może pęknąć spojenie krzyżowo-biodrowe. W jego przypadku rozeszło się spojenie na $6^1/_2$ cm. a przytem pękło prawe spojenie krzyżowo-biodrowe. Nadto wspomnieć wypada o przedarciu przedniej ściany pochwy palcem asystenta, który chcąc wepchnąć przednią luźną ścianę pochwy do rany, przedarł ją. Takie przedarcia są po cięciu łonowem prawie nieuniknione, szczególniej w razie silnego pociągania kleszczami; tkanki bowiem, które w zwykłych okolicznościach mają podstawę w spojeniu, gdy to po przecięciu się rozejdzie, tracą podstawę, wpuklają się do rozstępu i łatwo rozległemu ulegają rozdarciu. Krassowski w końcu swej pracy tak mówi o cięciu łonowem: Dotychczasowe wyniki pozwalają dobrą wróżyć przyszłość cięciu łonowemu. Trzeba tylko przez dawnych operatorów postawione wskazania przejrzeć krytycznie, co można uskutecznić dopiero na podstawie znacznie większej liczby przypadków. Obecnie sądzi, że tam należy je wykonywać, gdzie istnieje wskazanie do wymóżdżenia płodu żywego, lub do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego. Zawsze uważa cięcie łonowe za zabieg nieobojętny, po którym mogą powstać uszkodzenia części miękkich a szczególniej pęcherza, dalej, że krwotok z ciał jamistych łechtaczki może być znaczny, na co zresztą wszyscy operatorowie zwracają uwagę. Zakładanie kleszczy przed operacyą i silne trakcye uważa za nieodpowiednie.

O przypadkach Schwartza[2]) a szczególniej o pierwszym, który, zdaniem mojem nie dawał wskazania do cięcia łonowego, (chodziło bowiem o wydobycie oderwanej główki idącej na ostatek) chyba tylko dlatego wspomnę, aby powziąć miarę, jakie sobie można tworzyć wskazania, gdy się chce wykonać operacyę a innego przypadku niema pod ręką. Wszak mamy inne utrwalone i pewne metody wydobycia główki płodu nieżywego, zwłaszcza gdy wymiar prosty wchodu, jak w przypadku Schwartza, wynosił $8^1/_2$—9. Drugi przypadek zakończył się niepomyślnie tak dla dziecka, jak i dla matki. Dziecko umarło podczas pociągania za nóżki, matka z powodu zapalenia otrzewnej. Operowano z powodu ścieśnienia. Wymiar prosty wchodu 6 cm.

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 40. 1892. S. 778—781.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 44. 1892. S. 859—865.

[1]) Cntrblt. f. Gyn. Nr. 5. 1893. S. 82—83.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 5 1893.

Lebiediew[1]) opisując swój przypadek cięcia łonowego, nie podziela zdania tych autorów, którzy utrzymują, że ono może w przyszłości, wobec ścieśnień miednicy średniego stopnia, wyrugować cięcie cesarskie, ponieważ 1) nie jest ono ani łatwiejsze, ani wygodniejsze od cięcia cesarskiego, 2) krwawienie powstałe z pęknięcia ciał jamistych łechtaczki bywa bardzo obfite i trudne do tamowania, zwłaszcza, gdy się idzie za wskazówką Leopolda i nie przecina całego spojenia; gdy bowiem przy silnych pociąganiach reszta pęka, powstaje tem gwałtowniejszy krwotok; 3) obok dobrych wyników są i smutne, n. p. przetoki pęcherzowo-pochwowe i cewkowo-pochwowe, nacieki moczowe, ropienie tkanki miedniczej; nie radzi więc zapalać się do zabiegu i operować tylko w średnich stopniach ścieśnień, zwłaszcza wobec miednicy ogólnie ścieśnionej.

Przypadek Regniera[2]) z kliniki prof. Chrobaka o tyle jest ciekawy, że wykonano zabieg u wieloródki, którą przy pierwszym porodzie rozwiązał prof. Breisky za pomocą cięcia cesarskiego. Autor rozprawy twierdzi, że przypadek ten potwierdza wprawdzie twierdzenie Leopolda, że należy ograniczyć cięcie cesarskie, ale nie w tym stopniu, że należy je wykonywać tylko wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy, albowiem możemy się znaleść wobec ścieśnienia miednicy w stopniu średnim a zatem mamy wskazanie do cięcia łonowego a przecież musimy wykonać cięcie cesarskie, ponieważ drogi miękkie nie są dostatecznie przygotowane a stan matki wymaga natychmiastowego ukończenia porodu. Dalej zwraca autor uwagę na myśl Chrobaka, że należałoby się zastanowić nad wskazaniem do cięcia łonowego, jako operacyi przygotowawczej do wymóżdżenia lub podzielenia płodu, używanego wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy. Nie należy też zapominać o wieku rodzącej a to ze względu na większą lub mniejszą ruchomość stawów.

O przypadku Baumma[3]) muszę wspomnieć dla tego już, że jest bardzo a bardzo podobny do naszego. Zejście dla płodu dobre, dla matki nie tak pomyślne z powodu następstw. Przypadek ten znowu nie odpowiada tym świetnym wynikom, o jakich ustawicznie słyszymy. Gdyby tylko wszystkie mniej pomyślne ogłaszać chciano! a leży to w interesie nauki.

Cięcie łonowe wykonano w tym przypadku u pierwiastki. Wymiar prosty wchodu $8\frac{3}{4}$. Kleszcze po przecięciu spojenia; główka przeszła łatwo, lecz usłyszano szelest, jak w przypadku Krassowskiego. Zniszczenie części miękich było znaczne, oderwanie cewki moczowej od reszty pęcherza i oderwanie łechtaczki, krwotok znaczny, zeszycie uszkodzeń, połóg ze zboczeniami, ruchomość kości spojenia łonowego.

Ekstein[4]) uważa cięcie łonowe przy pomocy odpowiedniej, wprawnej asysty za operacyę nie zbyt trudną i mimo, że matka zmarła najprawdopodobniej z posocznicy, radzi zawsze wykonywać cięcie łonowe w tych razach, gdzie wskazaneby było wymóżdżenie na płodzie żywym.

Kaschkaroff[5]) doszedł na podstawie operacyi dwóch przypadków do następujących wniosków. Należy rozstrzygnąć przed operacyą, czy mamy przed sobą przypadek, że tak powiem, czysty, czy też, że zakażenia nie możemy wykluczyć; od tego bowiem zależy rokowanie po cięciu łonowem. Śmiertelność dzieci po cięciu łonowem, po którem najczęściej następuje jeszcze inny zabieg, musi być większa, niż po cięciu cesarskiem; uważa też cięcie cesarskie tak dla matki, jak dla płodu za operacyę więcej zachowawczą. Cięcia łonowego nie uważa też za zabieg idący w zawody z cięciem cesarskiem ze wskazania względnego, lecz za operacyę walczącą o lepsze z wymóżdżeniem na płodzie żywym. W przypadkach, gdzie zakażenie wykluczyć można, gdzie matka chce mieć dziecię żywe i na cięcie cesarskie się zgadza, nigdy nie radzi robić cięcia łonowego; w przeciwnym razie, gdy zakażenia wykluczyć nie można, daje pierwszeństwo cięciu łonowemu przed wymóżdżeniem płodu żywego. Chociaż to ostatnie (wymóżdżenie płodu żywego) należało już dawno wykreślić z rzędu operacyj, to przecież cięcie cesarskie nie zdołało go zupełnie wyrugować, bądź z powodu trudnych okoliczności, w jakich operuje lekarz na prowincyi, bądź też z powodu obaw rodziny przed cięciem cesarskiem. Autor sądzi, że właśnie w tym razie dla cięcia łonowego otwiera się najgłówniejsze wskazanie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Wracz. Nr. 4. 1893.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 6. 1893. 108—111.
[3]) Centrbl. f. Gyn. Nr, 14. 1893. S. 301—306.
[4]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 441—446.
[5]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 445—450.

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

Serya trzecia.

II.

Czy lekarz zaniedbał chorego?

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz i chemik sądowy w Krakowie.

Widząc, że parobcy ściągają do butelek wino węgierskie, przygotowane na przyjęcie odpustowe, wstąpił Piotr W., 26 letni czeladnik stolarski, do plebańskiej piwnicy i napił się wina wprost z lewarka; parobcy bowiem na to pozwolili bez wahania się, kończąc właśnie swoje zajęcie. Piotr zauważył jednak, odejmując lewarek od ust, że „wino nie chce iść“. Po wywierceniu większego otworu w beczce, pociągnął Piotr jeszcze raz, przez minutę i twierdził, że „już dobrze idzie“. Tem zachęcony, pociągnął niebawem po raz trzeci, dłużej niż poprzednio i przekonał się, że „wino bardzo dobrze idzie“. Po nim chciał się jeszcze uraczyć jeden z parobków, lecz beczka była już próżna. Wychodząc z piwnicy utknął Piotr na progu, przewrócił się a parobcy widząc, że stracił przytomność, ułożyli go w kącie piwnicy, przekonani, że gdy się wyśpi, wytrzeźwieje; następnie zamknęli piwnicę i nie wspominali przed nikim o tem, co zaszło. Dopiero po upływie godziny, t. j. około 10. godziny przed południem spostrzegła Piotra nieprzytomnego, charczącego i wymiotującego gospodyni i poleciła wynieść go na świeże powietrze a z woni wymiocin domyślając się przyczyny tego stanu, kazała zlewać go wodą.

Gdy Piotr pomimo tych zabiegów nie odzyskał przytomności, wezwano lekarza; rodzice jednak Piotra, którzy tymczasem nadeszli z pomocnikiem stolarskim, zapewniali obecnych, że Piotr popada zawsze w taki stan, gdy się więcej napije i że „nic mu nie będzie, gdy się należycie prześpi“. To samo twierdził lekarz, który zbadawszy nieprzy-

tomnego i ciągle wymiotującego Piotra, mając właśnie odjeżdżać najbliższym pociągiem do innego chorego, polecił dać nieprzytomnemu mocnej kawy czarnej i lawatywę. Po odjeździe lekarza usiłowano nieprzytomnemu podawać czarną kawę, lecz to się nie udało z przyczyny, że z ust chorego wylewał się ciągle płyn winny. To też przeniesiono go do domu rodziców, gdzie na kilka zawodów poruszano nim celem otrzeźwienia, lecz bez skutku; Piotr bowiem leżąc na wznak ciągle chrapał. Widząc, że synowi nie polepsza się a chrapanie zamienia się w charczenie, wezwał ojciec Piotra ponownie tegoż samego lekarza około godziny 9. wieczorem; ten zaś zalecił zlewania zimną wodą, stósowanie zimnych okładów i podawanie czarnej kawy. Stan taki sam trwał do godziny 2. po północy. W tym czasie Piotr zaczął oddychać wolniej i pocił się. Rodzina sądziła, że nastaje polepszenie, tymczasem przed godziną trzecią zrana Piotr życie zakończył.

Wskutek doniesienia żandarmeryi o zajściu powyżej opisanem wdrożyła Prokuratorya Państwa dochodzenie o występek przeciw bezpieczeństwu życia przeciw obu parobkom, którzy Piotra w piwnicy uraczyli, jak niemniej dochodzenie przeciw lekarzowi X. o zaniedbanie chorego jego opiece powierzonego; w doniesieniu żandarmeryi napisano bowiem o lekarzu, iż wezwany do nieprzytomnego, nie udzielił mu żadnej pomocy.

Przesłuchani świadkowie podawali zgodnie okoliczności, jak je powyżej streściliśmy; rodzice zmarłego i inni świadkowie stwierdzali, że Piotr rzadko się napijał, ale gdy raz rozpoczął, to pił tak wiele, iż popadał w zupełną nieprzytomność a wtedy było dlań najlepiej, gdy się przespał.

Przy sekcyi sądowej przedsięwziętej przez Dra A. i chirurga B. na trzeci dzień po śmierci Piotra W., okazało się co następuje: 1) Zwłoki mężczyzny około lat 26 liczącego, średniego wzrostu, dość dobrze odżywionego, okazują na szyi, górnej części klatki piersiowej, tudzież na powłokach brzusznych plamy brudno niebieskawo-zielonawe, uznane przez nacięcie jako plamy pośmiertne. 2) Zewnętrznie nie widać żadnych śladów obrażenia; w całem ciele znachodzi się tężec pośmiertny. 3) Głowa okryta miernej długości ciemno blond włosem, twarz, szczególnie obydwa policzki okazują ciemno niebieskie zabarwienie. 4) Spojówki obydwu ócz blade, rogówki nieco zapadłe i zmętniałe, przeglądają z pod nich miernej szerokości źrenice. 5) Wargi sinawe, z ust i nosa wypływa obficie brudno-czerwony, zgnilizną cuchnący, niepienisty płyn. 6) Podczas przekrawania części osłaniającej czaszkę wylewa się z naczyń krew płynna, ciemno-różowa.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e. 7) Za otwarciem czaszki wylewa się z naciętych zatok żylnych obficie krew ciemno czerwona. 8) Kości czaszki symetryczne, miernej grubości, prawidłowej budowy, o rowkach prawidłowych. 9) Opona twarda, tak w swojej przodkowej jak tylnej części mocno nastrzykana, szczególnie naczynia żylne są krwią przepełnione. 10) Opony miękkie przekrwione. 11) Mózg pojemności prawidłowej, o rowkach zwojowych prawidłowej głębokości, o powierzchni obficie w naczyniach nastrzykanej, okazuje się na przekroju wilgotny, nieco ciastowaty, okryty licznemi kropelkami krwi pochodzącej z przeciętych naczyń. W komórkach mózgowych nieco znaczniejsza ilość cieczy blado-różowej. Istota rdzeniowa mózgu jednostajnie różowo zabarwiona. 12) Płuca obydwa w szczytach nieco starszemi zrostami łączno-tkankowymi lekko przyczepione, zresztą wolne, okazują powierzchnię gładką, lśniącą, brzegi cienkie, ostre, barwę w całości ciemniejszą, szczególniej w częściach ku tyłowi położonych. Płuco w ucisku jest elastyczne a na przekroju wylewa się z obydwóch w częściach górnych i przodkowych obficie różowa ciecz pienista. Części tylne płuc znacznie przekrwione, wydają ze siebie za nakrojem obficie z naczyń krew. 13) Serce wielkości prawidłowej, okryte na powierzchni dość grubą warstwą tłuszczu, okazuje mięsień sercowy prawidłowej grubości, barwy nieco brunatnej w żółtawą wpadającej, znacznie kruchszy, niż w stanie prawidłowym. Śródsierdzie cienkie, gładkie, lśniące, zastawki cienkie, domykalne, mięśnie brodawkowe nieco stłuszczałe, komórka lewa próżna, w prawej znachodzi się znaczniejsza ilość ciemnej, na wpół skrzepłej krwi. 14) Wątroba wielkości prawidłowej o brzegach ostrych, o powierzchni gładkiej, koloru brudno zielonego, z przyczyny zgnilizny okazuje na przekroju miąższ kruchszy, niedokrewny, wydzielający z naczyń krew pienistą, ciemno-czerwoną. 15) Śledziona mała, o torebce pokurczonej. 16) Nerki wielkości prawidłowej, ciemno-czerwono zabarwione (z przyczyny przekrwienia opadowego), okazują torebkę z łatwością ściągnąć się dającą, na przekroju znów istotę korową prawidłowej szerokości i zbitości, istotę piramidalną również prawidłową. 17) Jelita mocno cuchnącemi gazami wypełnione. 18) Żołądek również znacznie gazami rozdęty podwiązano w części wpustowej, odźwiernikowej i nad naczyniem otworzono; okazało się jednakowoż, że prócz gazów niema w nim nic treści. Błona śluzowa żołądka w całości rozpulchniona, szarego koloru, okazuje miejscami znaczne przekrwienie naczyń. 19) pęcherz próżny.

Na podstawie powyżej przytoczonych podań świadków i uwzględniając wynik sekcyi, orzekli obducenci o przyczynie śmierci Piotra co następuje:

Denat zmarł śmiercią nagłą skutkiem przekrwienia i ostrego obrzęku mózgu i ostrego obrzęku płuc. Podobny ostry obrzęk mózgu i płuc bywa bardzo często ostateczną przyczyną śmierci i występuje w przebiegu różnych cierpień, jako sprawa końcowa. Opierając się na podaniach świadków, w braku jakichkolwiek innych przyczyn, któreby mogły sprawić podobny obrzęk mózgu i płuc, musimy twierdzić, że w niniejszym przypadku obrzęk ten wystąpił pod wpływem nadmiernego użycia napoju wyskokowego, mianowicie wina węgierskiego. Badanie pośmiertne nie wykazało obecności napoju alkoholicznego w żołądku, co jednakże tłómaczy się tem, że podług zeznań świadków miało jeszcze ciągle za życia denata odpływać wino z ust i to ilość cała miała wynosić przynajmniej około $1\frac{1}{2}$ litra i zdradzać się zdaleka mocnym zapachem. Rozwijające się po śmierci gazy w trzewach wyparły resztę płynu ze żołądka tak, że podczas sekcyi znaleziono żołądek zupełnie próżny, tylko gazami wypełniony. Świadkowie zeznali, że nieboszczyk bardzo drażliwy był na napoje wyskokowe i że już po jednym lub dwu kieliszkach natychmiast się upijał. W dniu, w którym zdarzył się ten przypadek, był zupełnie na czczo i miał dwa razy napić się porządnie wężem wina z beczki i to z takim skutkiem, że po drugim napiciu się, kiedy robotnicy wychodzili z piwnicy, zatoczył się przed drzwiami, upadł na ziemię i więcej o swoich siłach nie powstał. Wobec tego zupełnie prawdopodobnem jest, że wypita ilość około 2 litrów mocnego wina węgierskiego w przeciągu bardzo krótkiego czasu, w dwóch zawodach, na czczo, u człowieka nie znoszącego trunków wyskokowych, wywołała ostre przekrwienie i obrzęk mózgu tudzież obrzęk płuc, które były przyczyną zejścia śmiertelnego.

W końcu przesłuchano sądownie obwinionego Dra X. a protokół jego zeznań podajemy dosłownie: „W dniu 23. kwietnia około godziny 2. po południu wezwano mnie, abym przyszedł na plebanię, gdyż Piotr W., który był tam zajęty, zasłabł i leży na podworcu plebańskim. Udałem się tam

zaraz i zastałem Piotra W. leżącego na stole w stanie zupełnie bezprzytomnym, chrapiącego, twarz i szyję miał mocno sino zabarwioną, spojówki ócz mocno czerwono zabarwione, z ust i nosa wylewał się płyn pienisty, nieco żółtawy w miernej ilości a po zapachu można było dokładnie poznać, że to było wino. O ile się od obecnych dowiedziałem, miał Piotr W. poprzód w piwnicy plebańskiej, gdzie wino spuszczali, przebywać i napić się go w nadmiarze. Badanie tętna wykazało, że było ono regularne, nieprzyspieszone o prawidłowem napięciu. Objąwszy cały obraz chorego zaordynowałem zimne okłady na głowę, częste podawanie czarnej, mocnej kawy, lawatywę i przeniesienie chorego do łóżka, twierdząc, że obecny stan chorego jest tego rodzaju, iż przy zachowaniu wspomnionych środków nie grozi na razie niebezpieczeństwo. Gdy powyższe środki zaordynowałem, były obecnemi osoby, których sobie nie przypominam. Ponieważ prawie równocześnie dostałem telegram, aby się udać do chorego do A., więc po zaordynowaniu powyższych środków udałem się na kolej i pojechałem o godzinie $2^1/_2$ do A., zkąd powróciłem do domu o godzinie 7. wieczorem.

Przypuszczenie swoje, że choremu Piotrowi W. nie grozi na razie niebezpieczeństwo, opierałem także na tem, że w czasie mojej obecności rozpoczął W. oddawać nosem i ustami płyn winny i to rokowało nadzieję, że po znaczniejszem usunięciu z żołądka nadużytego wina stan chorego znacznie się poprawić może; nadto znałem Piotra W. jako człowieka słabej konstytucyi, lubiącego się czasem w nadmiarze napić, przez co już mierna ilość użytego napoju alkoholowego mogła u niego wywołać znaczniejsze zaburzenia. Mniej więcej o godzinie 10. w nocy tego samego dnia przyszedł po mnie ojciec Piotra, Wincenty W., z doniesieniem, że synowi jest gorzej i z prośbą, ażeby się jeszcze raz do niego udać. Natychmiast udałem się do mieszkania Piotra W., którego zastałem w łóżku mocno charczącego, z większą sinicą na twarzy, z bardzo mocno przekrwionemi spojówkami gałkowemi. Badanie wykazało tętno nadzwyczaj szybkie, trudno policzyć się dające, liczba oddechów znacznie powiększona i oddychanie bardzo płytkie. Z ust i nosa wylewała się znaczniejsza ilość poprzednio opisanego płynu, usta mocno ściśnięte, bezprzytomność zupełna.

Nadmienić tutaj muszę, że spojówki obu gałek za dotykaniem zupełnie nie oddziaływały. Obraz chorobowy przedstawiał wszystkie objawy ostrego przekrwienia mózgu i płuc. Zaordynowałem okłady zimne na głowę i serce i zlewania wodą zimną głowy i karku i dalsze podawanie kawy czarnej, dodając, że obecny stan chorego jest niebezpieczny i że śmierć w kilku godzinach nastąpić może, nie wykluczywszy jednak zupełnej nadziei polepszenia. Trzeci raz rodzice po mnie nie posyłali a dowiedziawszy się na drugi dzień, że Piotr W. nie żyje, udałem się do domu jego, zastałem go już nieżywego i zauważyłem jeszcze wówczas znaczną ilość płynu pienistego w ustach i nosie. Nie poczuwam się zatem do winy z jakiegokolwiek zaniedbania powierzonego mej pieczy Piotra W., gdyż wszystko, co wiedza lekarska w takich przypadkach wskazuje, zastósowałem. — Według mojego zdania ostateczną przyczyną śmierci Piotra W. był ostry obrzęk mózgu i płuc, który wystąpił w ostatnich godzinach życia; w przypadkach zaś tego rodzaju rzadko tylko umiejętność może przynieść skuteczną pomoc. Po przednie nadużywanie napojów wyskokowych przez zmarłego Piotra W. przyczyniło się w znacznej części do śmiertelnego zejścia".

Oto akta, na podstawie których mieli dwaj lekarze sądowi, praktykujący w innem mieście, wydać orzeczenie celem stwierdzenia winy Dra X. przez zaniedbanie należytej opieki nad chorym Piotrem W. i przyczynienie się przez to do jego śmierci. Pytania, na które odpowiednio do wniosku Prokuratoryi państwa lekarze ci mieli odpowiedzieć brzmiały:

1) Czy wypicie takiej ilości wina, jaką według zeznań świadków miał wypić Piotr W., bezwarunkowo musiało sprowadzić szkodliwe dla zdrowia i życia każdego skutki, czy też tylko z powodu osobistego usposobienia i ustroju zmarłego?

2) Jaka kuracya chorego Piotra W. była w danym przypadku wskazana i konieczna, mianowicie już w chwili pierwszej porady Dra X.

3) Czy stan choroby Piotra W. w chwili, gdy go Dr. X. po pierwszy raz oglądał, uzasadniał obawę o zdrowie lub życie W.?

4) Czy zatem biorąc za podstawę zeznania świadków, Dr. X. przy pierwszej i drugiej poradzie postąpił według zasad sztuki lekarskiej? czy się dopuścił zaniedbania swego obowiązku i o ile zaniedbanie to wpłynęło na pogorszenie się stanu zdrowia W. i sprowadziło jego śmierć?

Na podstawie przedłożonych sobie aktów odpowiedzieli ci lekarze na powyższe pytania, jak następuje:

1. Wypicie takiej ilości wina węgierskiego, jaką według podań świadków miał wypić Piotr W., a mianowicie $1^1/_2$ litra musiałoby bezwarunkowo sprowadzić mniej lub więcej szkodliwe skutki dla zdrowia każdego, zwłaszcza, gdyby tę ilość wina wypito w czasie względnie bardzo krótkim i naczczo, jakto było w przypadku niniejszym. Wypicie takiej ilości wina nie musiało jednak być bezwarunkowo w każdym innym przypadku przyczyną śmierci, a że dla Piotra W. stało się zabójczem, to tłomaczy okoliczność przez świadków zgodnie podana, że Piotr W. odznaczał się uderzająco małą odpornością na napoje wyskokowe czyli że miał bardzo słabą głowę, jak to świadkowie podawali. Wskutek małej odporności na działanie wyskoku doznawał W. tak ciężkich przypadów już po wypiciu względnie małej ilości trunku, jakie powstają u innych osób dopiero po wypiciu trunku w ilości znacznie większej; że więc wypicie powyżej wspomnianej ilości wina węgierskiego stało się przyczyną śmierci Piotra W., należy położyć na karb szczególnego usposobienia ustroju zmarłego.

2. Według podań świadków polecił Dr. X. już w czasie pierwszej swej porady podawanie Piotrowi W. czarnej kawy i użycie lewatywy. Według naszego zapatrywania się należy zarządzenia te (obok przeniesienia chorego do łóżka i wygodnego ułożenia) uznawać o tyle na razie za dostateczne, o ile niewątpliwie stwierdzono, że w tym czasie Piotr W. dobrowolnie obficie wymiotował wypite wino, i to wymiotował nawet jeszcze leżąc w piwnicy przed przybyciem lekarza; nie zachodziła przeto konieczna potrzeba sztucznego usunięcia wypitego płynu że żołądka za pomocą pompy żołądkowej lub środków wymiotnych. Owszem użycie pompy lub zadanie środków wymiotnych silnie działających mogło było u człowieka nieprzytomnego dać powód do dostania się rury przyrządu lub wymiocin do dróg odde-

chowych i wywołać groźne następstwa lub nawet śmierć natychmiastową.

3. Stan Piotra W., gdy go Dr. X. po raz pierwszy badał, nie uzasadniał obawy o życie W., obawę zaś o zdrowie uzasadniał w zupełności, gdyż Piotra W. w tym czasie już za chorego uznawać należało, a że tak rzeczywiście było, świadczy okoliczność, że posłano po lekarza i że lekarz uznawał za stósowne polecić podawanie czarnej kawy i lewatywy. Obawa o życie Piotra W. była, jak wspomniano, tem mniej usprawiedliwiona, ile że świadkowie stwierdzili, widząc stan Piotra, że stan taki pojawia się zawsze, gdy Piotr więcej się napije; gdy się zaś prześpi, jest zdrów zupełnie.

4. Biorąc tedy za podstawę zeznania świadków, musimy stanowczo oświadczyć, że Dr. X. postąpił przy pierwszej poradzie w przypadku niniejszym według zasad sztuki lekarskiej. Pogorszenie, jakie u Piotra W. nastąpiło w czasie pomiędzy pierwszą a drugą poradą, położyć należy widocznie na karb okoliczności, iż zleceń Dra X. nie wykonano, jak tego dowodzą zeznania świadków, a to widocznie polegając na doświadczeniu, że stan Piotra W. jest zwykłym stanem opilstwa, w jaki Piotr zazwyczaj popada, który jednak mija bez groźnych następstw.

5. Według powyższego nie mamy żadnej podstawy do twierdzenia, jakoby Dr. X. w leczeniu Piotra W. dopuścił się zaniedbania chorego powierzonego swojej opiece. Równocześnie nadmieniamy, że nie ma dostatecznej podstawy do przypuszczania, jakoby nawet energiczne zabiegi lecznicz zdołały usunąć niebezpieczeństwo życia, w jakiem Piotr W. znajdował się w chwili drugiej porady Dra X., gdyż wtedy według podań świadków był już obrzęk płuc a więc sprawa końcowa w całej pełni swego rozwoju.

Wobec orzeczenia powyższego zaniechano dalszych dochodzeń w sprawie niniejszej przeciw Drowi X.

W szeregu pytań stawionych znawcom, których powołano do wydania ostatecznego orzeczenia w tej sprawie, nie umieszczono wcale pytania, czy Piotra W. można było wogóle uratować i czemu właściwie przypisać winę śmierci tego młodego i zresztą zdrowego człowieka. Sądzimy, że słusznie postąpiono pomijając tę kwestyę; rozstrzygnienie jej bowiem w tym lub owym względzie nie wpływałoby na ocenienie domniemanego zaniedbania ze strony lekarza. A jednak pytanie to nasuwa się po przeczytaniu powyższego opisu. Trudno bezwątpienia ocenić przypadek klinicznie na podstawie samych podań świadków; pomimo tego przypuszczamy, że śmierć Piotra W. wynikła z braku pomocy lekarskiej w tym czasie, kiedy pomoc ta była wskazaną i potrzebną. Przy pierwszej poradzie było całe otoczenie Piotra W. w błędzie co do stanu rzeczy; nie wiedziano bowiem, ile wina wypił nieprzytomny a podaniem, że stan taki jest zwykłym u Piotra po nadużyciu napojów, rozszerzonem przez rodziców jego, wprowadzono w błąd całe otoczenie i lekarza; podczas drugiej porady była pomoc zdaniem naszem już spóźniona; był jednak zapewne czas w ciągu dnia, w którym zastósowanie środków energicznych byłoby może zapobiegło śmierci Piotra. W czasie tym był lekarz nieobecny w miejscu, gdzie sam jeden zajmował się praktyką; czyż więc można było czynić mu słusznie zarzut zaniedbania pierwszego chorego? Czy można było słusznie wymagać, aby Piotra poddał osobistej, ciągłej obserwacyi przez szereg godzin, z zaniedbaniem wszystkich innych chorych? Bez względu, komu przypisywanoby winę śmierci Piotra W., w każdym razie na lekarza nikt jej nie złoży, kto się stawi w jego położenie i uwzględni rzeczywiste stósunki. Znający zapatrywania się pewnych warstw naszej publiczności przyzna niewątpliwie, że bardzo często pomoc lekarską bierze się za jedno z pozostawieniem recepty, której brak w przypadku niniejszym stał się widocznie przyczyną skargi na lekarza.

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Prof. Helferich (w Gryfii): **O wprawianiu krwawem zwichnień.**

Do przykrzejszych przypadków w prywatnej praktyce chirurgicznej lekarza należą te świeże przypadki zwichnień stawowych, które pomimo dokładnego rozpoznania, pomimo użycia rozmaitych sposobów wprawienia główki stawowej, pomimo narkozy i największej usilności pozostają niewprawione. W dawniejszych czasach przedantyseptycznych obawiano się otwarcia stawu i zwykle po nieudałych usiłowaniach naprawy pozostawiano chorą kończynę własnemu losowi, czekając, czy nie wytworzy się znośny staw nowy (*nearthrosis*). Z nastaniem ery antyseptycznej wystąpiło tu na plan pierwszy leczenie operacyjne i wkrótce przerzucono się w stronę wprost przeciwną i zaczęto stósować *larga manu* w takich zwichnieniach typową resekcyę stawu. Było to w czasie, kiedy chirurdzy uniesieni świetnemi wynikami operacyj antyseptycznych w stawach, zanadto wyidealizowali sobie skutki resekcyj, do których też uciekano się nader często.

Dziś w tym względzie zmieniły się zapatrywania. Dziś żaden już chirurg nie zechce zasadniczo wykonywać resekcyi w świeżym przypadku zwichnienia, nie dającego się odprowadzić, ponieważ może wprawić główkę przez nacięcie lub wyjęcie napinających się czy zaklinowanych w stawie części miękkich, bez uciekania się do obcinania kości.

Sama operacya nie przedstawia wielkich trudności. Po założeniu na kończynę opaski elastycznej, z zachowaniem najściślejszej antyseptyki, prowadzi się w odpowiedniem miejscu cięcie, o ile możności, podłużne, otwiera się staw, poczem bez trudności udaje się odnaleść części miękkie, przeszkadzające wprawieniu główki, które się usuwa; wreszcie tę ostatnią już bez przeszkody wprowadza się na miejsce.

Autor przedstawił na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Gryfii dwa przypadki zwichnienia w stawie łokciowym przedramienia na zewnątrz i ku tyłowi (dziewczyna 10 letnia i chłopak 13-letni) i jeden przypadek zwichnienia w biodrze (*luxatio iliaca*) u dziecka 4 letniego. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach usiłowania wprawienia w narkozie spełzły na niczem, wykonał H. zabieg krwawy, za pomocą którego z łatwością cel osiągnął. W stawie łokciowym użył w jednym przypadku cięcia podłużnego na stronie wewnętrznej stawu, w drugim takiegoż z dodaniem mniejszego po stronie zewnętrznej; w stawie zaś biodrowym cięcia wzdłuż osi kończyny pomiędzy brzegiem *m. sartorii* i *m. tensoris fasciae latae*. Zagojenie wszędzie przez rychłozrost. Obecnie po 2 latach żadnych śladów w czynnościach kończyn niema; jedynie widocznemi są maleńkie blizny w miejscach operacyi.

Tak więc, kończy autor, niemożebność wprawienia prostego zwichnienia nie upoważnia bynajmniej do wyrzeknięcia się doraźnej poprawy i do oczekiwania, aż się utworzy staw nowy przy główce. Każde zwichnienie nadaje się i musi się nadać do wprawienia; gdzie nie uda się to drogą zwykłą, tam osiągnąć można przy pomocy noża, co przy postępowaniu aseptycznem nie przedstawia niebezpieczeństwa. Czem wcześniej wprawimy, tem rokowa-

nie pod względem funkcyonalnym lepsze. (*Deutsche med. Wochenschr. 1893. Nr. 32*). *Dr. Kryński.*

Notatki terapeutyczne.

Znany dermatolog berliński, Lassar, zaleca przeciw odmrożeniu maść:

103) Rp. *Acidi carbolici* 2·00
Emplastri simplicis
Lanolini *āā* 40·00
Olei olivarum 20·00
Essent. lavandulae gutt. 15
S. Zewnętrznie.

Ciasto usuwające włosy (*pasta epilatoria*) Unny w Hamburgu:

104) Rp. *Baryi sulfurici*
Zinci oxydati
Amyli puri
āā partes aequales
Aquae destil. q. s.
ut fiat pasta.
S. Zewnętrznie.

Ciasto przykłada się na miejsce, zkąd się ma włosy usunąć, a odejmuje je, jak tylko wyschnie, co następuje najpóźniej w 10 minut. Skóra jest zupełnie pozbawiona włosów bez zadrażnienia i bez bólu. Na toż samo miejsce nie można przykładać tego ciasta przez dwa dni po sobie.

Przeciw dychawicy zaleca Plant cygareta sporządzone według przepisu:

105) Rp. *Foliorum stramonii*
Pulveris foliorum theae viridis
āā partes octo
Foliorum lobeliae partes septem

Po zmięszaniu zwilża się wysyconym rozczynem azotanu potasowego czyli saletry, suszy i przechowuje w naczyniach szklanych szczelnie zamkniętych.

Z Czarnieckiej Góry pod Niekłaniem.

Ludzkość, zamknięta w obrębie miast, przykuta do biurka, kupieckiej lady lub warsztatu, traci w końcu równowagę duchową i fizyczne zdrowie, wpadając w znużenie lub chorobliwą drażliwość, uniemożebniającą obcowanie z ludźmi. Walka o byt, rywalizacya, hodowla różnych, łechcących zmysły a nic wspólnego ze zdrowiem nie mających przyjemności i lawirowanie śród plotek salonowych, stwarza w końcu atmosferę wielkomiejską tak duszną, iż ratunek okazuje się niezbędnym. Aby temu zaradzić, kierujemy naszych pupilów peryodycznie na parutygodniowy pobyt bądź na wsi, bądź do miejsc leczniczych i stacyj klimatycznych, mając na względzie to, iż świeże powietrze, ruch a głównie spokój i zmiana w codziennych zajęciach, sprowadzą dobre dla ustroju skutki. Za granicą oddawna rozpowszechnił się zwyczaj wyjazdu na lato; tam każdy średnio zamożny mieszczanin, przemysłowiec, artysta, literat unika zajęć dla kawałka chleba, choćby przez miesiąc, zdala od gwaru miejskiego. U nas ruch taki rozpoczął się od niedawna a należy popierać go umiejętnie w ogólnym interesie; zyskuje bowiem na tem nietylko zdrowie i dobrobyt pewnych okolic, ale niewątpliwie i rozkwit duchowy.

Do miejscowości mających niewątpliwie świetną przyszłość należy Czarniecka Góra pod Niekłaniem. Niekłań znanym był pierwotnie w sferach górniczych, potem zjawił się na liście kolejowej, jako stacya drogi dąbrowskiej a obecnie zainteresował szerokie koła publiki lekarskiej. Dlaczego? Zaraz to objaśnimy. Okolica tej stacyi wzniesiona na 983 stóp nad poziom morza, ma spóźnioną wegetacyę, późniejszy zbiór siana, późne żniwa. Śniegi leżą tu miesiąc dłużej, niż gdzieindziej a zimna pora, nawet cieplejsza, niż obecną wiosną, dobrze zarywają maja. W takich okolicznościach rolnictwo kwitnąć nie może, ziemia uboga rodzi skąpo trochę owsa i ziemniaków a w promieniu 10 milowym nikt nie uprawia pszenicy. Ludność żywi się zarobkiem w hutach żelaznych i kopalniach rudy, traczką i kurzactwem w lasach. Dalej, badając teren, znajdujemy grunt żwirowy i gruby piasek giserski, po tygodniowej ulewie grunt wysycha w godziu parę a że spadek jest znaczny, wszystkie wody spływają do rzeki Czarnej, płynącej wartkiem korytem ku zachodowi. Wahań wody podskórnej a tem samem zadatków malarycznych nie znajdzie tu śladu. Woda ze źródła Stefana, obfitująca w dwutlenek węgla i cokolwiek soli sodowych i litowych, jest wybornym napojem, wolnym rozumie się od wszelkich mikrobów. Spóźnione lato, chłodniejsza i bardzo orzeźwiająca temperatura w upały, żywsza, bo choć spóźniona, ale za to świeższa wegetacya (bzy w lipcu), składają się już na warunki uzdrowiska klimatycznego, ku czemu przyczyniają się jeszcze inne, niemniej ważne okoliczności. W Czarnieckiej bowiem Górze schodzą się 3 wielkie fortuny leśne: hr. L. Platera, księcia Giedroycia i hr. J. Tarnowskiego (posła do sejmu galic.) a każda ma 600—800 włók sosnowego lasu. Jestto więc obszar, z jakim się żaden inny w kraju równać nie może. Spadzistość terenu nie utrzymuje równowagi w powietrzu, ale z powodu blizkości rzeczki i źródła i różnic w poziomie, sprawia wahanie się łagodne atmosfery, ważenie się balsamów żywicznych, słowem inhalowanie naturalne pyłków aromatycznych, wydzielających się z kory starych i ze świeżych gałązek młodych sosen. Atmosfera to pełna lekkości i świeżości, przesiąkła aromatem żywicznym dla suchych nieżytów oskrzeli i płuc, wskazana z powodu dostatecznej wilgoci w powietrzu leśnem, dla atonicznych i ropnych form zbawienna z przyczyny masy lotnych aromatycznych pierwiastków.

W takiej to okolicy na wyniosłej górze, u źródeł leczniczych rozlokował się zakład hidropatyczny spółki lekarzy, pod kierunkiem Dra M. Misiewicza, obecnie dopiero w formie ścisłego internatu na osób 30, co rok jednak powiększany i wzorowo pod każdym prowadzony względem. W tym roku wystawiono nowy budynek, przeznaczony na pensyonat leczniczy dla młodzieży, nową halę do picia wód i łazienki dla dam. Ulepszono też znacznie zakład hidropatyczny oraz wprowadzono wiele udogodnień, n. p. wycięto dukt w lesie do kościółka we wsi Czarnej, niegdyś dziedzictwa hr. Małachowskich, obecnie hr. Tarnowskich.

W roku bieżącym zakład zwiedziło wielu sąsiednich kolegów oraz znanych lekarzy warszawskich i jeden z nich (prof. Dr. Bujwid) zbadawszy teren miejscowy, powietrze i wodę, orzekł, iż „wymarzone to warunki na stacyę klimatyczną“; inni uznali, iż zakład wodoleczniczy w tych okolicznościach sanitarnych świetnie rozwijać się będzie.

Byłoby pożądanem, aby usiłowania zarządu poparte zostały sympatyą ogółu, która wobec niezaprzeczonych zalet pierwszej wagi, może pominąć drobne usterki, łatwe do usunięcia, od których wolnym nie jest żaden prawie zakład, w pomoc

przyjść winna przedsiębiorczość prywatna, aby ten szczęśliwy zakątek ziemi urządzić odpowiednio jego wielkiej wartości leczniczej; badania bowiem specyalistów i ludzi godnych wiary wypowiedziały bez wahania zdanie, iż Czarniecka Góra jest stacyą klimatyczną leśno-górską *par excellence*, miejscowością nieocenioną dla osób cierpiących na choroby dróg oddechowych i serca, ozdrowieńców, mając zaś małą, ale wzorową hidropatyę, nadaje się też dla chorych, których cierpienia opierają się na tle nerwowem.

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Niejako na poparcie tego wyniku przytacza Dr. Klecki 6 innych doświadczeń, w których pomimo komplikacyi, jaką stanowiło zapalenie otrzewnej, znajdywał w wykluczonych pętlach podobną treść, jak w pierwszych 3-ch doświadczeniach i również w stósunkowo bardzo niewielkiej ilości; nie przywiązuje on jednak do doświadczeń tych wielkiej wagi, jako do doświadczeń *nieczystych*. U czterech innych psów znalazł Dr. Klecki obok zapalenia otrzewnej i innych zmian patologicznych w wykluczonych pętlach treść gnijącą, cuchnącą w większej ilości (kilkanaście centymetrów sześciennych), u siedmiu zaś mógł wykazać, że treść jelita wykluczonego, również gnijąca i cuchnąca, ma jako podłoże jakiś produkt patologiczny, t. j. wysięk zapalny ze ściany jelita, ropę lub krew, zmienione w większym lub mniejszym stopniu przez działanie bakteryj.

Badanie histologiczne wszystkich tych pętli wykazało zmiany patologiczne w ścianie jelita. Przy niektórych sekcyach dało się wprost wykazać, że zmiany te wystąpiły nie wskutek nagromadzenia się treści, jak to inni przypuszczali, lecz wskutek upośledzenia krążenia w ścianie jelita (zrosty). Z prac Klemma, Kadera, Straussa i Tschistowitscha i innych wiadomo, jakie zmiany zachodzą w takich pętlach, w których krążenie jest upośledzone; analogiczne zmiany znajdywał Dr. Klecki w pętlach wypełnionych taką treścią, jaką inni uważali za wydzielinę kiszki, stanowiącą podłoże kału. Z wymienionych prac wiadomo także, jaką bywa treść pętli jelitowych o upośledzonem krążeniu; treść ta odpowiada treści znalezionej w 7-u odnośnych doświadczeniach. Kader wykazał, że nawet nadmierne nagromadzanie się gazów w jelicie zaciśniętem a więc zamkniętem (t. z. wzdęcie brzucha miejscowe, *localer Meteorismus*) jest skutkiem zboczenia w krążeniu danej pętli jelitowej.

Na zasadzie powyżej przytoczonych danych dochodzi Dr. Klecki do następujących wniosków:

1) Wobec braku lepszej metody doświadczalnej, któraby dozwalała wykazywać bezpośrednio sprawy, zachodzące w świetle jelita prawidłowego, można opierać się na doświadczeniach, w których jako sposobu pomocniczego użyto wykluczenia pętli jelitowych, jednakowoż przestrzegać należy w doświadczeniach tych koniecznego warunku, by wykluczona pętla pozostawała aż do śmierci zwierzęcia w stanie o ile można, prawidłowym.

2) Ściana jelita prawidłowego wydziela stosunkowo niewielką ilość masy śluzowatej, która w obecności nawet dość licznych żyjących drobnoustrojów nie podlega znaczniejszemu rozkładowi gnilnemu.

3) W wykluczonych pętlach, z których usunięto początkowo przeważną ilość bakteryj a w których znajdujemy treść gnijącą, zbliżoną do kału, wykazać można najczęściej (we wszystkich doświadczeniach Dra Kleckiego oraz prawie we wszystkich doświadczeniach poprzednich autorów) zmiany patologiczne w ścianie jelita; zmiany te (częstokroć wraz z wynikiem badania samej treści) skłaniają do przypuszczenia, że podłoże tej treści kałowej jest wytworem patologicznym.

Dla chirurgii praktycznej wysnuwa Dr. Klecki z pracy niniejszej następujące wnioski: niebezpieczeństwo, grożące chorym chirurgicznym po wykluczeniu i zapuszczeniu do jamy brzusznej zaszytej na końcach pętli jelitowej, polega nie na nagromadzeniu się w tej pętli fizyologicznej wydzieliny kiszki, ale na sprawach patologicznych, występujących często wskutek samej operacyi. W przypadkach chirurgicznych, w których wykluczenie jelita mogłoby być wskazanem, dokładne oczyszczenie światła jelita jest nadto niemożebnem, sama zaś pętla jelitowa przedstawia zmiany patologiczne, wywołane samą sprawą chorobową, wskutek której przystąpiono do operacyi. Jedyną dobrą stroną nowej operacyi jest to, że chorobowo zmieniona pętla jelitowa zostaje wykluczoną z obiegu kału; nie należy jednak zapominać o tem, że główne ognisko choroby (nowotworowe czy zapalne) pozostawia się w ustroju. W porównaniu z enteroanastomozą nie przedstawia więc ona prawie żadnych zalet a jest pod względem technicznym bardziej skomplikowana, zabiera więcej czasu a nadto stwarza okoliczności, powiększające niebezpieczeństwo powstające przez wytwarzanie się zrostów otrzewnowych. Zdaniem Dra Kleckiego operacya ta wielkiej przyszłości w chirurgii mieć nie może.

Prof. Cybulski zaznacza, że pierwotna myśl pracy, przedstawionej przez Dra Kleckiego, powstała w zakładzie fizyologicznym krakowskim, oraz że sprawą tą interesuje się prof. Cybulski od lat wielu. Sprawa ta wymaga jednak jeszcze dokładniejszego opracowania ze stanowiska chemicznego; prof. Cybulski wskazuje na pracę Pflügera w tej kwestyi, która wyszła w ostatnich czasach a która mogłaby służyć za punkt wyjścia do rozszerzenia pracy Dra Kleckiego pod względem chemicznym. Pętle jelitowe, które wykluczał Dr. Klecki, były za krótkie; należałoby wykluczać znacznie dłuższe odcinki przewodu pokarmowego (kilkadziesiąt centymetrów) i brać je z rozmaitych części jelita. Prof. Cybulski nie zgadza się na to, by działanie przeciwgnilne soku żołądkowego polegało wyłącznie na działaniu kwasu solnego, pepsyna zaś nie odgrywała w tym względzie żadnej roli; pewne doświadczenia fizyologiczne (strawienie żyjącej łapki żabiej przez sok żołądkowy) przemawiają za tem, że pepsyna trawi, a więc niszczy żyjącą protoplazmę; działa więc także na żyjące drobnoustroje.

Prof. Obaliński sądzi, że wszystkie nowe operacye powinny być najpierw wypróbowane na zwierzętach, tak jak to uczynił Dr. Klecki z wykluczeniem pętli jelitowych; następnie przytacza prof. Obaliński przypadek ze swojej praktyki, w którym niejako wykluczone jelito zawierało bardzo obfitą treść płynną, cuchnącą kałem. Nowej operacyi nie przepowiada prof. Obaliński świetnej przyszłości.

Prof. Browicz twierdzi, że ostateczne wnioski, jakie Dr. Klecki wyprowadza ze swej pracy, są cokolwiek przedwczesne. Prof. Browicz był obecnym przy trzech sekcyach psów operowanych przez Dra Kleckiego; w dwu przypadkach treść była stósunkowo obfita, cuchnąca, zbliżona do kału a ściana pętli wykluczonej przynajmniej makroskopowo nie przedstawiała poważniejszych ścian. Prof. Browicz sądzi więc, że sprawa powstawania kału wymaga jeszcze dalszych badań.

Dr. Klecki przypomina, że w drugim przypadku, który prof. Browicz przytacza, żółto zabarwiana treść pętli wykluczonej nie była w ilości obfitej a było jej tylko 4·5 cm. sześć. oraz że treść ta była płynna, gęsta, ciągnąca się i nie cuchnęła zupełnie kałem.

Prof. Rydygier oświadcza, że również interesował się pracą Dra Kleckiego, zwłaszcza, że już przed bardzo dawnym czasem, bo przed 10 laty, poruszał kwestyę, co się też dzieje z treścią jelitową, której wydalenie jest niemożebnem. Dalej zwraca uwagę prof. Rydygier, że prze-

ważną liczbę doświadczeń operacyjnych robił Dr. Klecki bez narkozy chloroformowej a po znieczuleniu powłok brzusznych kokainą. Psy zachowywały się podczas operacyi zupełnie dobrze a po operacyi nie ginęły wskutek narkozy tak, jak to bywało po pierwszych doświadczeniach, w których psy chloroformowano.

Dr. Kryński zarzuca Drowi Kleckiemu, że nie liczy się z temi doświadczeniami, których wyniki nie są zgodne z wynikami jego doświadczeń, i wskazuje przy tem na doświadczenia Reichla. Wyniki doświadczeń tych przemawiają przeciwko wywodom Dra Kleckiego a badanie histologiczne ściany wykluczonych jelit wykazało, że ściana ta była zupełnie prawidłową, że były tylko ilościowe zmiany w komórkach kielichowatych. Dalej twierdzi Dr. Kryński, że przemywanie światła jelita kwasem solnym 2 : 1000 nie mogło być obojętnem dla błony śluzowej, lecz musiało działać na nią w sposób niszczący.

Dr. Gabryszewski przytacza przypadek kliniczny przepukliny, który operował bez narkozy chloroformowej, po znieczuleniu skóry kokainę; chory zachowywał się podczas operacyi bardzo spokojnie i nie narzekał na mocny ból.

Doc. Dr. Trzebicky operuje przepukliny przez laparatomią w ścisłem znaczeniu; od jakiegoś czasu robi stale te herniolaparatomie bez narkozy chloroformowej, lecz w kokainie i jest bardzo zadowolonym z tego sposobu znieczulania.

Prof. Gluziński zwraca uwagę, że Dr. Klecki nie przytoczył, jakie pętle wykluczał, a treść rozmaitych części przewodu pokarmowego jest bardzo rozmaita. Sztuczne usuwanie bakteryj ze światła jelita nie zgadza się z fizyologicznemi warunkami, gdyż w świetle jelita zawsze znajdują się bakterye w wielkiej ilości. Jeśli światło jelita desinfekcyonowano, to nie widzi prof. Gluziński wielkiej różnicy pomiędzy desinfekcyą sublimatem a sokiem żołądkowym, gdyż sposób działania antyseptycznego obydwu tych płynów jest mniej więcej jednaki. Dalej zaznacza prof. Gluziński, że w dyskusyi powyższej rozmaite rzeczy nazywano kałem; potrzeba więc koniecznie ściśle oznaczyć, co mamy rozumieć pod tą nazwą.

Prof. Cybulski odpowiada, że istnieje ścisłe, fizyologiczne określenie kału, uwzględniające wejrzenie, konsystencyę, zabarwienie, zapach oraz skład chemiczny.

Dr. Sawicki (z Warszawy) przypuszcza, że sok żołądkowy nie wywoływał poważniejszych zmian w błonie śluzowej, gdyż prawidłowa błona śluzowa jelita cienkiego oddziaływa kwaśno, jak to wykazał Nencki, a odczyn ten polega na obecności kwasu solnego, który wykazać się daje na całym obszarze jelita cienkiego aż do zastawki Bauhiniego.

Z powodu przybycia internistów na posiedzenie zjazdu, pragnących wziąć udział w dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego, odłożono odpowiedź Dra Kleckiego na zarzuty, zrobione jego pracy, do posiedzenia rannego dnia następnego.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego.

Prof. Obaliński jeszcze raz w krótkich słowach streszcza główne wnioski, do których doszedł, opierając się na 110 własnych przypadkach, i streszcza je w ten sposób, że jeżeli lekarz, wezwany do chorego, może stwierdzić obadwa wyż omówione objawy a nawet jeden z nich, należy jak najwcześniej przystąpić do operacyi. Jeżeli można stwierdzić, że niedrożność jelita jest tylko czynnościowa, nie należy operować; jeśli zaś można wykazać niedrożność anatomiczną, to trzymać się należy zdania, wypowiedzianego przez Stromeyera: jeśli lekarz do takiego przypadku wezwany zostanie w dzień, trzeba operować przed zachodem słońca, jeśli zaś w nocy, przed wschodem słońca. Dalej odpowiada prof. Obaliński Drowi Schrammowi, że nawet w 3-ch przypadkach zapalenia gruźliczego otrzewny, laparotomia była potrzebną; w 2 z tych przypadków można było przekonać się o kłębieniu się jelit, w jednym z nich znaleziono podczas operacyi załamanie jelita. Prof. Obaliński przytacza szczegóły tych przypadków oraz zwraca uwagę na zdarzające się czasami podczas operacyi gwałtowne wymioty, mogące stać się przyczyną śmierci. Prof. Obaliński przytacza taki przypadek z własnej praktyki i kończy wezwaniem, by przypadki anatomicznej niedrożności jelita operować jak najwcześniej.

Prof. Korczyński (z Krakowa). Od czasu, w którym zaczęto leczyć chirurgicznie niedrożność jelita, w klinikach wewnętrznych spotykają się podobne przypadki bardzo rzadko, gdyż lekarze odsyłają je wprost do oddziałów chirurgicznych. Współudział internistów w tej chorobie sprowadza się do dyagnozy, oczywiście jak najwcześniejszej. Niestety, nie zawsze jest to możebnem; potrzeba jeszcze wielu badań klinicznych, statystycznych, zanim owa pożądana, wczesna dyagnoza będzie w wielu przypadkach możebną. Zdarzają się przypadki tak zawikłane pod względem rozpoznawczym, że nawet przy wzajemnej pomocy interniści wraz z chirurgami nie mogą ich rozpoznać. W Krakowie wyrobił się zwyczaj, że podobne przypadki najczęściej właśnie badają wspólnie interniści i chirurdzy; zasadą tą przejęli się i lekarze na prowincyi tak, że przypadki we właściwem znaczeniu zaniedbane prawie już się nie zdarzają, przeciwnie częściej operuje się takie przypadki za wcześnie lub nawet niepotrzebnie. Interniści mają rozstrzygać, czy niedrożność jest czynnościową, czy też mechaniczną; ale podstawy, na których rozpoznanie to ma się opierać są jeszcze bardzo niepewne; to też największy niepokój ogarnia internistę, gdy przez dzień, dwa lub więcej nie może na pewne sprawy rozpoznać w przypadku, w którym podejrzywać można niedrożność jelita a przypadki takie zdarzają się niezbyt rzadko. Objawy, na które wskazuje prof. Obaliński, są oddawna znane w medycynie wewnętrznej; nazwy ich były tylko odmienne; objawy te mają bez wątpienia poważne znaczenie pod względem rozpoznawczym, brak tych objawów nie wyklucza jednak anatomicznej niedrożności jelita i w takich przypadkach najbieglejsi lekarze mogą się mylić w rozpoznaniu. Wobec tego, że czasami rozpoznanie jest zupełnie niemożebnem, zwlekanie zaś z operacyą w wielu takich przypadkach może mieć fatalne dla chorego następstwa, skłania się prof. Korczyński do tego, by wogóle operować wcześnie, nawet w przypadkach o rozpoznaniu niezupełnie pewnem, gdzie może się okazać, że operacya była niepotrzebną.

Z powodu nagłego wyjazdu prof. Obalińskiego ciąg dalszy dyskusyi nad jego wykładem odłożono do dnia następnego i zamknięto III posiedzenie zjazdu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

— Wybuch epidemij, osobliwie cholery i strach przed niemi mają przynajmniej tę dobrą stronę, iż nawołują ogół do zrobienia porządku higienicznego i pozwalają władzom poczynić takie poprawy pod względem sanitarnym, które w innych czasach rozbiłyby się o opór lub obojętność ludności.

Jednym z największych usterków higienicznych u nas są zbiorniki nawozu po wsiach tuż przy domach. To, co z natury rzeczy i z nakazu prostego ze strony zmysłu powonienia i wzroku każdy oddala od siebie lub przynajmniej oddalać powinien, włościanin nasz umieszcza tuż przed swym domem, by mieć wprawdzie na oku te skarby dla swej roli, ale zarazem napawać się ich widokiem i wziewać nieustannie unoszące się z nich gazy. Wobec dzisiejszego stanu nauki o chorobach zakaźnych i doświadczenia niewątpliwego, które wskazuje, iż najpewniejszą ochroną przeciw wielu chorobom zakaźnym, że tu wymienimy tylko cholerę, dur brzuszny i osutkowy, te wielkie plagi czasowe lub ciągłe dla naszej ludności, jest jak największa czystość w najszerszem tego słowa znaczeniu, sądzimy, iż przyszła chwila korzystania z obecnej epidemii cholery, zerwania raz z tym wiekowym a zgubnym zwyczajem i wydania ustawy

w przedmiocie przechowywania nawozu i materyj kloacznych po wsiach. Pod grozą epidemii nie przyjdzie zbyt trudno nie tylko ułożyć, ale i przeprowadzić ustawę w tej mierze a wkrótce przekona się ludność o wielkim pożytku nie tylko sanitarnym, ale i ekonomicznym z reformy na tem polu. Takie bowiem otwarte ze wszech stron gnojowiska po wsiach, prowadzą do ogromnej straty materyałów pożywnych dla roślin, że tu wymienimy tylko unoszący się w powietrze amoniak i ługowane przez opady atmosferyczne połączenia stałe, w wodzie się rozpuszczające, które nie tylko, że giną dla roli, ale zarazem w bardzo szkodliwy dla zdrowia sposób zakażają grunt i wodę gruntową.

Ponieważ *paulatim summa petuntur* a i rolnik każdy jest bardzo konserwatywny i nie łatwo zmienia złe tryby, uświęcone wiekowym zwyczajem, możeby należało początek reformy, o której mowa, zrobić w Krakowskiem, gdzie i włościanin najoświeceńszy i od lat 80 jest wyłącznym panem swej ziemi i gdzie grunt jest najdroższy, a ponieważ *exempla trahunt*, przeto kolejno możnaby przeprowadzić reformę w całym kraju i w ten sposób połączyć najlepiej i najpraktyczniej względy higieniczne z ekonomicznemi. Tylko jeden warunek konieczny zdaniem naszem do pomyślnego załatwienia sprawy: nie dążyć odrazu do doskonałości, nie żądać zbiorników na nawóz kosztownych, murowanych i t. p., lecz zadowolnić się na razie urządzeniem taniem, ile można tylko szczelnem i od chat oddalonem.

— **Cholera** szerzy się dalej, jednakowoż nie występując i teraz nigdzie bardzo gwałtownie. Co się tyczy Galicyi, to zajętych jest po jednej lub kilka gmin w powiatach nadworniańskim, stanisławowskim, bohorodczańskim, żydaczowskim, brzeskim, kołomyjskim i limanowskim, nadto miasto Kołomyja. — W Krakowie pojawiły się dotychczas trzy przypadki cholery, wszystkie w jednym domu przy ulicy Miedznchu na Kazimierzu i wszystkie trzy zakończyły się śmiercią. Badanie bakteryologiczne dokonane w pierwszym przypadku po śmierci przez Dra E. Piotrowskiego, asystenta katedry anatomii patologicznej, nie wykazało znanych prątków z przyczyny zapewne zbyt późnego okresu choroby, w którym śmierć zaszła; badanie w dwóch zaś innych przypadkach, które po kilku godzinach zakończyły się śmiercią, wykryło prątki przecinkowe. Geneza pierwszego przypadku w Krakowie nie jest wyjaśniona, najpodobniej do prawdy dlatego, ponieważ od ludności nie można się dowiedzieć istotnego stanu rzeczy. Dom, w którym się cholera pojawiła, i sąsiedni izolowano, otoczono kordonem wojskowym i nie pozwala się do nich nikomu ani wchodzić ani wychodzić prócz osób urzędowych. Kwarantana dla tych dwóch domów trwać będzie przez 5 dni, rachując od ostatniego przypadku zasłabnięcia. Stan zdrowia w mieście pomyślny a ludność przekonana o skuteczności zarządzeń zaradczych ze strony władzy, zupełnie spokojna. — W Królestwie Polskiem występuje cholera w guberniach łomżyńskiej i kaliskiej, w tej głównie w mieście Kole. Dalej donoszą o liczniejszych przypadkach z miast Moskwy, Orła, Kijowa a świeżo o pojawieniu się cholery w Rotterdamie, Wiedniu, ponownem w Berlinie. I w Węgrzech szerzy się cholera coraz bardziej i zajmuje coraz więcej komitatów a doniesienia, jakie ztamtąd dochodzą, nie świadczą dobrze ani o energii władz autonomicznych ani o stopniu wykształcenia ludności. Krótko mówiąc, z wyjątkiem państw skandynawskich i kilku na półwyspie bałkańskim, o ile z tych ostatnich można mieć dokładne wiadomości, cholera występuje obecnie prawie we wszystkich państwach europejskich.

— Uniwersytety niemieckie a mianowicie ich wydziały lekarskie używają widocznie a niewątpliwie i słusznie bardzo dobrej opinii za granicą, skoro na 8159 uczniów Wydziału lekarskiego w półroczu letniem ubiegłego właśnie roku szkolnego było aż 3536 z poza Cesarstwa niemieckiego. Cudzoziemcy ci rozdzielają się na różne uniwersytety bardzo nierówno i gdy w jednych przeważają i to znacznie nad Niemcami, w innych stanowią zaledwie małą ich cząstkę. Tak w Monachium było 709 obcych a 501 Niemców, w Wircburgu liczby odpowiednie były 544 i 144, we Fryburgu w Bryzgowii 353 i 96, w Heidelbergu 204 i 81. W większości są także cudzoziemcy w Erlandze, Gisenie, Jenie, Lipsku, Roztoce, Sztrasburgu i Tybindze. Na odwrót w Berlinie było Niemców 837 a cudzoziemców tylko 279. Najmniej cudzoziemców uczęszczało na medycynę we Wrocławiu (4), Królewcu (15), Gryfii (30), Halli i Getyndze (po 41).

— Do izby deputowanych francuskiej wybrano w ostatnich wyborach 23 lekarzy, między nimi znanego w piśmiennictwie zawodowem prof. Lannelongua.

— Ze względu, iż niektóre choroby zakaźne a mianowicie gruźlica, szerzą się lub szerzyć mogą za pośrednictwem plwocin, wydano w Paryżu na podstawie opinii rady zdrowia francuskiej zakaz spluwania w miejscach publicznych i umieszczono w tej mierze stosowne ogłoszenia w omnibusach, wagonach tramwajowych, biurach i t. p. Rozporządzenie to przydałoby się bardzo i u nas, nawet w pokojach poczekalnych lekarskich!

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.